TITRES

ET

PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

DU

Dr Henri RIEFFEL

Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris
Ancien interne, Médaille d'or des hôpitaux

CANDIDAT A L'AGRÉGATION D'ANATOMIE
(Section de Paris)

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

TITRES

Externe des hôpitaux, 1882.

Interne des hôpitaux, 1884.

Aide d'anatomie à la Faculté, 1887.

Prosecteur à la Faculté, 1889.

Lauréat des hôpitaux de Paris, Médaille d'or.
Concours de chirurgie, 1889.

Docteur en médecine, 1890.

Lauréat de l'Académie de médecine, 1890.

Lauréat de la Faculte de médecine.
Prix de thèses, Médaille d'argent, 1890.

ENSEIGNEMENT

Démonstrations d'Anatomie faites à l'École pratique de la Faculté. Années 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892.

Conférences de Séméiologie chirurgicale à l'hôpital Cochin, sous la direction de M. le Docteur Schwartz, 1891-1892.

Direction de la conférence d'Adjuvat, 1889-1890.

Collaboration à la conférence de Prosectorat, dirigée par M. le Docteur Lejars, 1889-1890.

Direction de la conférence de Prosectorat, 1890-1891.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — ANATOMIE

Recherches sur la configuration de la glande mammaire. In Thèse inaugurale, 1890, p. 64.

On dit généralement que la glande mammaire revêt la forme d'un disque irrégulièrement circulaire, nettement limité en dedans, plus vaguement en dehors. Dans les dissections que nous avons faites sur dix femmes, nous avons, au contraire, été frappé des incisures et des prolongements que présente le pourtour de la glande. Nous avons constamment trouvé le lobe axillaire, si bien décrit par M. Kirmisson. Une fois sur deux, nous avons rencontré en outre un véritable *prolongement sternal*. Ce prolongement se dirige le plus souvent en haut et en dedans, croisant la troisième côte. Il représente une petite languette effilée, difficile à suivre au milieu du tissu graisseux. Dans un seul cas, il atteignait le sternum.

Recherches sur les lymphatiques de la région mammaire. In thèse inaugurale, 1890, p. 79 et seq., chapitre V.

Depuis les travaux de Mascagni et de M. le professeur Sappey, on s'accorde à considérer tous les vaisseaux blancs de la région mammaire comme tributaires des ganglions axillaires. Seuls, Cruikshank, Huschke, Hyrtl, Henle s'élèvent contre une semblable assertion. Voici les résultats de nos recherches personnelles.

1° Lymphatiques de la peau du sein. — Ils se rendent exclusivement dans les ganglions axillaires et non, comme le disent certains auteurs allemands, à la fois dans les ganglions axillaires et dans les

ganglions sous-claviculaires. Ces vaisseaux s'anastomosent avec ceux du côté opposé, et, dans un cas, en piquant la peau de la partie interne du sein gauche, le mercure a filé jusque dans les glandes lymphatiques de l'aisselle droite.

2° Lymphatiques de la glande mammaire. — Leur injection est très difficile et on échoue souvent. Cependant, dans trois cas, nous avons pu observer les particularités suivantes :

En soulevant doucement la mamelle, de manière à apercevoir sa face pectorale et en piquant à ce niveau, nous avons réussi deux fois à injecter des vaisseaux qui étaient bien des lymphatiques, munis de renflements valvulaires et offrant un aspect moniliforme. Ils émergeaient du bord interne de la glande, serpentaient dans le tissu cellulaire, pour prendre ensuite une direction rectiligne et remonter en haut et en dedans. Ils traversaient l'espace intercostal immédiatement à côté du sternum, en accompagnant les vaisseaux perforants de la mammaire interne. Sur une autre femme, nous avons vu quelques vaisseaux qui, de la face postérieure de la glande, se portaient directement dans la profondeur. Aussi croyons-nous pouvoir affirmer que si les lymphatiques de la mamelle vont presque tous aboutir aux glandes de l'aisselle, il en est quelques-uns qui ne sont point tributaires de cet amas ganglionnaire et qui traversent directement la paroi thoracique pour se jeter dans les ganglions mammaires internes. Les lymphatiques de la mamelle s'anastomosent directement avec les lymphatiques de la paroi thoracique.

3° Lymphatiques des muscles pectoraux. — Suivant Kaeser (thèse de Bâle, 1880), il existe des lymphatiques allant du muscle pectoral à l'aisselle, et, lorsqu'une tumeur carcinomateuse aura atteint le corps charnu, elle pourra se propager aux ganglions axillaires, sans que la peau soit atteinte. Hyrtl veut que les vaisseaux absorbants des muscles pectoraux débouchent dans les ganglions sus et sous-claviculaires.

Nous n'avons jamais pu constater les faits avancés par Kaeser et Hyrtl. Ce que nous avons vu, ce sont des lymphatiques très nombreux, rampant au sein de la couche cellulo-adipeuse qui enveloppe le grand pectoral (aponévrose de ce muscle). Nous n'en avons jamais vu pénétrer au milieu même des faisceaux striés.

Sur les ganglions de l'aisselle. In thèse inaugurale, 1890, p. 39.

Les injections que nous avons pratiquées nous ont démontré l'exactitude de la description donnée par M. Kirmisson des ganglions axillaires. Nous avons vu en outre :

1° Qu'il existe quelques ganglions profondément enfouis entre la paroi latérale du thorax et la côte de l'omoplate.

2° Que, dans certains cas, des lymphatiques, émanés de la région mammaire, décrivent une courbe sous les ganglions axillaires internes, remontent en avant des veines sous-scapulaires et s'abouchent dans les ganglions de la région sous-claviculaire, sans s'arrêter dans ceux du creux de l'aisselle.

3° Que les ganglions du groupe postérieur affectent des rapports très intimes avec les nerfs des muscles grand rond et grand dorsal.

Sans parler des ganglions bien connus qui confinent au lobe axillaire de la mamelle, nous avons montré que, dans certains cas, le groupe des ganglions internes de l'aisselle peut subir de curieux déplacements. Nous l'avons vu reporté tout entier sur la paroi antéro-latérale du thorax. Dans un fait très instructif, que nous avons observé en 1889, dans le service de notre cher maître M. le professeur Le Dentu, des ganglions ainsi déplacés (au nombre de quinze environ) et devenus caséeux, en imposaient absolument pour un néoplasme de la glande mammaire.

Note sur la vascularisation artérielle des espaces intercostaux inférieurs. G. Steinheil, Paris, 1892.

Cette note n'a d'autres visées que de compléter les particularités relatives à la disposition des artères des espaces intercostaux. Nous appelons l'attention sur ce fait, déjà connu en partie, que chaque espace intercostal est pourvu d'un double cercle vasculaire complet, plus ou moins développé, il est vrai, mais toujours aisé à mettre en évidence par les injections à la masse fine de Teichmann. Ce cercle se compose :

1° De l'artère intercostale principale, seule décrite par les auteurs sous le nom d'artère intercostale ;

2° De l'artère intercostale accessoire. Cette dernière, toujours très

petite, longe le bord supérieur de la côte inférieure et se détache du vaisseau précédent au voisinage de l'angle postérieur des côtes. Elle est toujours visible, dès qu'on a enlevé le muscle intercostal externe.

Les dissections que nous avons faites nous ont montré aussi que le nerf intercostal était loin d'être toujours satellite de l'artère intercostale principale et qu'il était soumis à de nombreuses variantes dans sa disposition.

Le corpuscule rétro-carotidien (ganglion intercarotidien d'Arnold).
G. Steinheil, Paris, 1892.

L'anatomie du ganglion intercarotidien d'Arnold est encore très imparfaitement connue.

Tantôt, dans nos livres classiques, on lui accorde une simple mention dans la descriptiou du sympathique cervical; tantôt on le trouve signalé en deux endroits du même ouvrage et sous des noms différents.

Glandule carotidienne et ganglion intercarotidien ne constituent donc qu'un seul et même organe, à l'étude encore incomplète duquel nous avons essayé de contribuer par des recherches historiques et par des dissections faites sur 20 sujets.

Nous avons montré que le nom de ganglion intercarotidien d'Arnold, sous lequel il est connu, est tout à fait impropre. Est-ce un ganglion? Très probablement non, d'après les histologistes les plus compétents. Est-ce Arnold qui l'a découvert ou l'a le mieux étudié? Non, ce sont Haller et Andersch qui les premiers ont signalé son existence et lui ont donné son nom; ce sont Mayer et Luschka qui en donnent les meilleures descriptions.

Est-il intercarotidien? Tout le monde le répète.

Nous ne le pensons pas. Dans l'immense majorité des cas, il est rétro-carotidien. Nous avons vu, en effet, que les deux vaisseaux par lesquels se termine la carotide primitive ne s'écartent pas immédiatement l'un de l'autre, mais restent accolés d'une façon très intime par un tissu cellulo-fibreux dense, qui ne s'arrête guère qu'à un centimètre au-dessus de la bifurcation carotidienne. C'est seulement à ce niveau que les carotides secondaires se séparent à angle aigu. L'angle de séparation ou d'écartement de ces deux artères ne répond donc

pas au point de bifurcation de la carotide commune ; il est situé à un centimètre plus haut. Or, le prétendu ganglion d'Arnold ne se trouve pas dans l'angle de séparation des deux vaisseaux, mais derrière le point de bifurcation de la carotide primitive, ou même un peu plus bas, rattaché solidement à cette dernière artère par un ligament fibro-élastique, le ligament de Mayer, ainsi qu'on pourrait l'appeler.

A côté de la situation, nous avons essayé de préciser la fréquence, la forme, les dimensions et les connexions du corpuscule rétro-carotidien. Ce renflement est constant, c'est-à-dire que nous l'avons rencontré sur tous les sujets examinés ; il est tantôt unique, tantôt divisé en 4 ou 5 nodules ; il est enfin plongé dans une coque conjonctive extrêmement épaisse.

Nous avons vu aussi que le corpuscule n'est pas placé en plein plexus intercarotidien, mais au-dessous de lui. Les nerfs qui se jettent sur lui ont les dispositions les plus diverses : tantôt ils émanent du plexus précédent ; tantôt ils abordent directement le renflement gangliforme, provenant des sources les plus variées (ganglion cervical supérieur, tronc du sympathique, glosso-pharyngien, pneumogastrique, hypoglosse, laryngé supérieur).

Tels sont les différents détails anatomiques relatifs au ganglion intercarotidien que nous avons essayé de préciser dans notre mémoire ; mais, ainsi que nous le disons, il reste beaucoup à faire pour éclairer et compléter son histoire.

Les rapports de l'amygdale avec les vaisseaux carotidiens
G. Steinheil, Paris, 1892.

Il est presque classique de répéter que l'amygdale est en rapport intime avec la carotide interne et que la *face externe* de cet organe lymphoïde n'est séparée de cette artère que par une distance d'un centimètre environ. Des doutes se sont élevés dans notre esprit, à la lecture de quelques mémoires assez récents parus en Autriche.

Par des dissections entreprises sur 16 sujets, nous avons essayé de résoudre le problème suivant : quel est le vaisseau ou quels sont les vaisseaux en rapport avec l'amygdale palatine ?

Après avoir montré l'importance qu'il y a dans l'espèce à distinguer

à l'espace maxillo-pharyngien deux parties, l'une antérieure amygdalienne, l'autre postérieure vasculo-nerveuse, nous avons dû, d'après les résultats constatés, formuler les conclusions suivantes :

1° Les seuls vaisseaux qui, à l'état normal, sont en rapport immédiat avec la face externe de l'amygdale et n'en sont séparés que par l'épaisseur de la paroi pharyngienne (3 à 5 millimètres) sont l'artère palatine ascendante et l'artère tonsillaire. Celle-ci est, moins souvent qu'on ne le pense, une branche de celle-là ; très souvent, elle naît pour son compte de la carotide faciale, se divise généralement à la face externe de la coque fibreuse amygdalienne en trois rameaux ; ceux-ci perforent directement cette capsule, qui ne leur fournit aucune enveloppe et n'adhère pas à leur tunique adventice.

2° Dans des cas anormaux assez fréquents (5 sur 16), la faciale, la carotide externe peuvent n'être éloignées de la face externe de l'amygdale que par un intervalle d'un centimètre environ. Ces vaisseaux apparaissent alors dans l'un des interstices formés par les muscles qui cloisonnent l'espace maxillo-pharyngien. Pour que la faciale puisse se mettre en rapport intime avec la tonsille, il faut (ce que nous avons vu dans trois cas) qu'elle naisse au-dessus de l'angle de la mâchoire.

3° La carotide interne n'a aucun rapport immédiat avec la face externe de l'amygdale ; elle en est séparée par le diaphragme que forment les muscles stylo-hyoïdien, stylo-glosse et stylo-pharyngien. Même lorsqu'elle décrit une courbure, la carotide cérébrale reste à 17 millimètres environ en arrière et un peu en dehors du bord postérieur de l'amygdale.

II. — CHIRURGIE

De quelques points relatifs aux récidives et aux généralisations des cancers du sein chez la femme. Thèse inaugurale, Paris, 27 février 1890.

Dans ce travail, écrit sous l'inspiration de notre éminent maître, M. le professeur Tillaux, nous n'avons pas eu pour but de présenter un exposé complet des récidives et de la généralisation dans le cancer

mammaire, mais d'attirer l'attention sur quelques points particuliers. Notre étude est basée sur l'examen critique de 777 observations, dont 12 personnelles. Nous avons montré qu'il est actuellement indispensable que toute histoire clinique, destinée à servir à l'étude scientifique des récidives des cancers, soit accompagnée d'un examen histologique complet du néoplasme.

Après quelques considérations générales, nous nous sommes appliqué à étudier en détail les récidives locales. Au point de vue de leurs sièges, elles doivent être classées en plusieurs catégories, pouvant être d'ailleurs associées :

1° Récidives qui se font dans la peau; les nodules qui les constituent sont rarement intra, presque toujours péricicatriciels.

2° Récidives sous-cutanées, mobiles sur la peau et sur les parties profondes.

3° Récidives profondes, primitivement adhérentes au grand pectoral. Ce sont les seules admises par Heidenhain; des faits que nous avons recueillis prouvent cependant que les récidives primitivement mobiles sur les tissus prémusculaires ne sauraient être rejetées.

La pathogénie des récidives tardives échappe encore totalement. Quant à celles qui surviennent dans la région du sein opéré au cours des deux ou trois premières années qui suivent l'intervention, elles sont imputables ;

1° A une ablation imparfaite de la glande mammaire.

2° Si la totalité du sein a été enlevée, à une extension, encore inappréciable macroscopiquement, du carcinome qui déjà a franchi les limites du parenchyme glandulaire.

3° A des greffes faites pendant l'opération.

L'infection des ganglions par les éléments néoplasiques a également attiré notre attention. Nous avons montré qu'en dehors de l'adénopathie axillaire classique, on peut rencontrer des ganglions dans l'aisselle du côté opposé, dans les ganglions sous-claviculaires seuls, dans les ganglions du médiastin antérieur. La communication des lymphatiques mammaires avec ceux des parois thoraciques, la fréquence des altérations du grand pectoral et de son aponévrose, rendent compte, pensons-nous, de l'immense fréquence des pleurites carcinomateuses et de la prédilection vraiment remarquable avec laquelle le foie est frappé au cours du cancer du sein.

La glande hépatique est plus souvent atteinte que l'appareil pulmonaire lui-même, et je crois avoir pu démontrer que le processus de généralisation (noyaux métastatiques) n'est pas suffisant pour rendre compte de cette fréquence. Il faut admettre en outre une propagation directe, qu'elle se fasse d'ailleurs de proche en proche par l'intermédiaire du tissu conjonctif, ou par la voie des lymphatiques mammaires qui communiquent avec ceux de la face convexe du foie (embolies rétrogrades). L'envahissement par le premier mécanisme est certain; l'infection par le second est probable, mais reste hypothétique.

Mécanisme des luxations sus-acromialss de la clavicule. Leur traitement par la suture osseuse. En collaboration avec M. le Dr Poirier. *Archives générales de médecine*, avril 1891.

D'après nos expériences cadavériques, nous serions assez disposés à admettre qu'un traumatisme s'exerçant obliquement et à pic sur la saillie acromiale constitue la cause la plus favorable à la production des déplacements en haut de l'extrémité distale de la clavicule. Au point de vue du mécanisme et des lésions anatomiques, nous avons pu montrer, en nous appuyant sur des biopsies, que les ligaments acromio-claviculaires sont toujours, le faisceau trapézoïde quelquefois, intéressés dans la luxation incomplète, mais *que la rupture totale du ligament conoïde est indispensable pour permettre la production d'une luxation complète.*

Quant à la difficulté du maintien de la réduction, elle est due, suivant nous :

1° Dans la luxation incomplète, à l'obliquité des surfaces articulaires, obliquité en vertu de laquelle la clavicule repose simplement sur l'acromion.

2° Dans la luxation complète, à l'obliquité précédente et à l'abaissement de l'acromion. Il y a lieu, ainsi que nous essayons de l'établir, d'insister plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici sur le rôle joué par les déplacements du scapulum dans la production de la déformation.

Après un exposé critique des méthodes de traitement applicables aux luxations sus-acromiales de la clavicule, nous concluons en faveur de la suture osseuse. Elle a tous les avantages des appareils, elle n'a aucun de leurs inconvénients ; elle leur est supérieure, parce

qu'elle ne provoque aucun accident douloureux, nécessite une immobilisation moins rigoureuse et expose moins aux raideurs articulaires. Aussi ne faut-il pas seulement la considérer avec Paci et Cooper comme une dernière ressource dans les déplacements invétérés ou remontant à trois semaines, mais s'y résoudre d'emblée dans les luxations récentes, reconnues incoercibles au bout de quarante-huit heures, ou ne restant réduites qu'au prix de vives douleurs (1).

Nous ferons remarquer que nous avons été les premiers à pratiquer cette suture dans les cas de luxation récente, 48 et 72 heures après la production de l'accident.

(1) Dans un compte rendu, nous avons lu que cette suture ne saurait être pratiquée, comme nous le voulons, dans un but esthétique. Dans une autre analyse, on dit que c'est la gravité du pronostic de ces luxations qui nous a engagés à intervenir.

Nous n'avons jamais prétendu cela. Ceux qui nous ont adressé ce reproche ont lu bien superficiellement notre mémoire. Nous les renvoyons à la page 30 du tirage à part, où nous écrivons : « *Le chirurgien ne saurait en aucune façon considérer la déformation seule comme une indication opératoire* », et à la page 16 : « *Hâtons-nous d'ajouter que cette difformité n'entraîne pas d'inconvénient sérieux et que même les luxations anciennes ne laissent après elles aucune gêne appréciable dans les mouvements du membre supérieur. Toutefois cette règle n'est pas sans souffrir un certain nombre d'exceptions* ».

PUBLICATIONS DIVERSES

La topographie crânio-encéphalique et les nouvelles opérations en chirurgie crânio-cérébrale. Revue générale, in *Gazette des hôpitaux*, mars 1891.

Exposé complet des rapports réciproques du crâne et des organes qu'il renferme, d'après les travaux les plus récents de M. Poirier et de M. le professeur Debierre.

Dans la partie pathologique de cette Revue, nous montrons d'abord les conditions qui ont rendu possible l'extension de la chirurgie crânio-cérébrale. Nous insistons sur ce fait que la connaissance plus parfaite des localisations cérébrales ne peut pas toujours guider le chirurgien, et, à l'appui de cette assertion, nous rappelons une observation, que nous avons recueillie dans le service de M. le professeur Tillaux. (Traumatisme crânien ; aphasie motrice et monoplégie brachiale droite ; autopsie : circonvolution de Broca et région rolandique saines ; contusion des lobes occipitaux du cerveau.) Nous exposons le manuel opératoire des résections larges du crâne avec ou sans ostéoplastie, la craniectomie, le drainage des ventricules latéraux.

Comment faut-il faire l'antisepsie? *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1890, p. 108, 205, 219 et 320.

Exposé rapide des pratiques actuelles de l'antisepsie et de l'asepsie. Ces articles, destinés surtout aux praticiens, concernent principalement des points de détail, négligés dans les ouvrages didactiques.

Les prolapsus du rectum et leur traitement. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1890, p. 747.

Dans cet article, nous décrivons la plupart des méthodes thérapeutiques mises en œuvre contre les chutes du rectum. Nous discutons principalement la valeur de la résection, qui a été érigée par quelques chirurgiens en méthode générale de traitement de cette affection. Nous pensons qu'elle est formellement contre-indiquée dans les procidences réductibles et non compliquées, mais qu'elle retrouve tous ses droits, lorsqu'il s'agit d'un prolapsus compliqué d'adhérences, d'irréductibilité, d'étranglement.

Analyses critiques nombreuses, parues dans les *Archives générales de médecine*, années 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892. Nous nous permettons de signaler particulièrement les suivantes :

La gastroentérostomie (1887, II, p. 617). — Nous avons prouvé que cette opération est d'origine française et qu'elle n'a nullement été imaginée par Pearce Gould et Billroth, comme on le dit quelquefois chez nous et partout à l'étranger.

Les arthropathies tabétiques (1888, I, p. 102).

Les résections du rectum (1888, II, p. 101).

La cure radicale des hernies par le procédé de Macewen (1891, I, p. 229).

Les grandes résections atypiques du pied (1891, I, p. 354).

Pied bot congénital à manifestations tardives. Apparition à l'âge de un an. Accidents cliniques vers l'âge de 12 ans. Ténotomie à l'âge de 23 ans (in thèse Bouron, 1891, p. 18).

Il s'agit d'une observation que nous avons recueillie dans le service de M. le professeur Tillaux et communiquée à M. Bouron pour sa dissertation inaugurale. Si nous la signalons, c'est parce qu'elle constitue un document important, qui a servi à notre maître pour établir la réalité de l'existence du pied bot congénital à manifesta-

tions tardives. Cette forme n'est actuellement connue qu'à l'état de pied équin pur ou compliqué d'un faible degré de varus. Elle est imputable à un raccourcissement congénital du tendon d'Achille, qui passe inaperçu pendant un temps variable, jusqu'au jour où les muscles antérieurs de la jambe en suractivité incessante sont devenus insuffisants. Cette forme de pied bot guérit toujours par la ténotomie et mérite à tous les points de vue d'être distinguée du pied équin paralytique.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie HAVRE